

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruangan : Paru
No. MR/CM : 166204
Pukul : 10.00
Tanggal pengkajian : 14 November 2022

1. Identitas Pasien

a. Nama : Tn. S
b. Usia : 49 Tahun
c. Status perkawinan : Menikah
d. Pekerjaan : Wiraswasta
e. Agama : Islam
f. Pendidikan : SMA
g. Suku : Jawa
h. Bahasa Yang Digunakan : Indonesia
i. Alamat Rumah : Gunung Angger, mulang maya
j. Sumber Biaya : BPJS
k. Tanggal Masuk RS : 13 November 2022
l. Diagnosa Medis : Asma Bronkial

2. Sumber Informasi (penanggung jawab)

a. Nama : Nn. M
b. Umur : 46 Tahun
c. Hubungan dengan klien : Istri
d. Pendidikan : SMA
e. Alamat : Gunung Angger, Mulang Mayang

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat masuk RS

Klien datang pada tanggal 13 November 2022 pukul 03.50 dengan keluhan sesak napas disertai batuk, sesak terus menerus, batuk hilang timbul, terdengar ronkhi (+), tampak lemah, kesadaran composmetis.

Pada saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil :

Tekanan darah : 130/80 mmhg

Nadi : 90x/ menit

Respirasi : 30x/ menit

Suhu : 36,3

Spo2 : 97 % dengan O₂ 5 liter per/menit nasa kanul

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/ riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan Utama : sesak napas

Saat dilakukan pengkajian klien mengeluh sesak napas, sesak bertambah pada saat berbaring dan sesak terasa saat beraktivitas seperti jalan ke kamar mandi, sesak berkurang pada saat posisi setengah duduk, dengan kualitas sesak napasnya seperti tertimpa beban berat pada dadanya, terasa sesak di dada sebelah kiri menyebar waktunya tidak menentu terjadi saat beraktivitas, sesak terus menerus, sehingga klien mengeluh semua aktivitas terganggu.

2) Keluhan penyerta

Batuk, batuk hilang timbul, tampak lemah, tampak sulit tidur, tampak pucat, gelisah, berkeringat di malam hari, sesak saat/setelah beraktivitas, klien mengatakan tidak puas tidur.

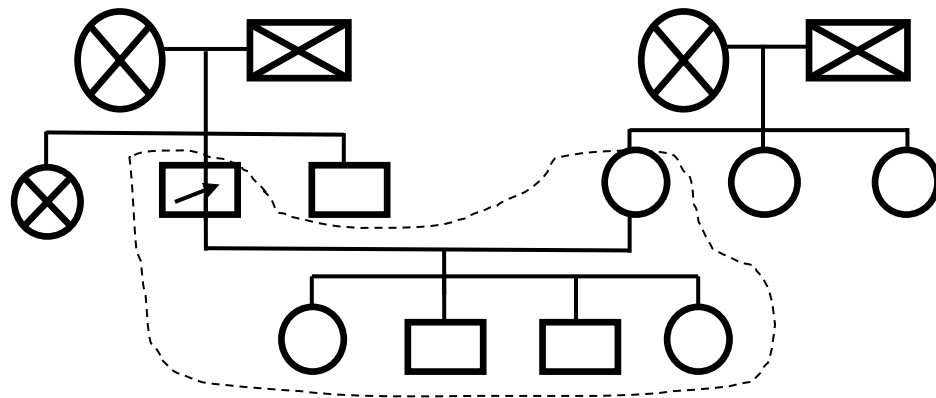
c. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan memiliki alergi dingin dan debu. Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami kecelakaan, klien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di RS dan pulang karena keadaan sudah dinyatakan dokter membaik. Klien memiliki riwayat penyakit asma. Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah melakukan operasi.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat Kesehatan keluarga pada pasien Tn.S tergambar pada gambar 3.1 berikut:

Gambar 3.1
Genogram Keluarga Tn. S



Keluarga mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit asma.

Kakak klien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus.

□ = Laki-laki

⊗ = Meninggal

○ = Perempuan

----- = Tinggal serumah

↗ = Pasien

e. Riwayat psikologi – spiritual

Klien mengatakan merasa sedih dengan penyakitnya, merenung dan diam, klien mengatakan keluarganya mendukung kesembuhannya .

f. Lingkungan

1) Rumah : lingkungan rumah klien bersih, terletak jauh dari jalan raya sehingga tidak banyak polusi udara. Klien mengatakan sejauh ini klien tidak merasakan adanya tanda-tanda bahaya selama klien tinggal di lingkungan rumahnya.

2) Pekerjaan : klien bekerja sebagai tukang bangunan sedikit berdebu dan sedikit kotor

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit.

1) Pola nutrisi dan cairan

a) Pola nutrisi

Sebelum sakit

Klien makan secara oral, makan 3 kali sehari dalam porsi yang cukup dan nafsu makan baik. Klien tidak sedang melakukan diet

husus. Klien mengatakan klien tidak memiliki alergi. Klien tidak mengalami penurunan berat badan dalam tiga bulan terakhir.

Saat sakit

Asupan melalui oral, frekuensi makan 3 kali sehari dengan diet yang diberikan porsi nasi, lauk, sayur. Hanya menghabiskan 5 sendok makan, nafsu makan baik tidak mengalami penurunan berat badan.

b) Pola cairan

Sebelum sakit

Asupan cairan melalui oral, Klien terbiasa mengkonsumsi air putih 8 gelas perhari (1000cc). Dengan minum tambahan kopi 2x sehari (500cc).

Saat sakit

Klien mengatakan masih mengkonsumsi cairan melalui oral 6 gelas per/ hari.

2) Pola Eliminasi (sebelum dan saat sakit) :

a) BAK

Sebelum sakit

Klien mengatakan tidak mengalami masalah pada saat BAK, klien biasa BAK 4-5 kali sehari pada saat pagi, siang, dan malam hari berwarna kuning jernih dengan bau amonia.

Saat sakit

klien mengatakan tidak mengalami masalah saat BAK, klien buang air kecil 4-5 kali sehari pada saat pagi, siang dan malam hari berwarna kuning dengan bau ammonia.

b) BAB

Saat sehat

Klien mengatakan dapat BAB 1x/ hari pada pagi hari dengan konsentrasi padat lembek dengan bau tak sedap. Klien mengatakan tidak mengalami keluhan dan tidak menggunakan obat pencahar/ laksatif.

Saat sakit

Klien mengatakan tidak terdapat masalah. Seperti biasa klien dapat BAB 1x/2 hari namun jarang di pagi hari dengan konsentrasi lembek padat dengan bau taksedap. Hingga sakit klien tidak menggunakan obat pencahar/laksatif.

3) Pola personal hygiene (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa mandi dan sikat gigi dua kali sehari yaitu pada pagi dan sore hari dan keramas 2x/hari.

Namun saat sakit klien mengatakan hanya membersihkan diri dua kali sehari dibantu istrinya dengan mengelap seluruh tubuh dengan washlap. Klien tidak menggosok gigi dan tidak keramas. Kebersihannya kurang bersih.

4) Pola istirahat dan tidur (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit pola tidurnya baik. Tidak ada masalah pada saat tidur di malam hari. Klien tidak menggunakan obat tidur ataupun yang lainnya. Klien terbiasa tidur pada malam hari 6-7 jam sehari.

Pada saat sakit klien mengatakan kesulitan tidur di malam hari, klien mengatakan mudah terbangun akibat sesak, batuk yang dirasakan semakin buruk di malam hari. Klien juga mengatakan saat tidur mudah terbangun dan saat sudah terbangun klien sulit dapat tidur kembali. Klien mengatakan jumlah waktu tidurnya berkurang hingga 5-6 jam sehari. Klien mengatakan tidurnya terasa tidak puas dan merasa istirahatnya tidak cukup.

5) Pola aktivitas dan latihan (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit klien bekerja sebagai tukang bangunan dan mulai bekerja pada pukul 08.00 pagi hingga pukul 17.00 sore. Klien mengatakan tidak pernah berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas. Klien mengatakan tidak memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari hari.

Saat sakit klien mengatakan tidak dapat bekerja. Klien mengatakan aktivitasnya menjadi terhambat. Dan kesulitan melakukan aktivitas

sehari hari tanpa batuan keluarga, dari tempat tidur menuju ke kamar mandi lalu dari kamar mandi menuju tempat tidur.

6) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya. Klien dan keluarga hanya akan membawa klien berobat jika klien mengalami keluhan. Klien memiliki kebiasaan merokok, namun tidak minum minuman keras dan juga tidak menggunakan obat-obatan terlarang.

7) Pola seksual dan reproduksi

Klien mengatakan tidak terdapat perubahan pola seksualitas. Tidak menggunakan obat-obatan tertentu dan tidak memiliki gangguan pada fungsi sistem reproduksi.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Umum

Kesadaran : Compos mentis
Tekanan Darah : 130/80 mmHg
Nadi : 90 x/menit
Pernapasan : 30 x/menit
Suhu : 36,3°C
TB/BB : 165 cm/65 Kg

2) Pemeriksaan fisik per sistem

a) Sistem penglihatan

Posisi mata klien simetris, kelopak mata dan pergerakan bola mata normal, konjungtivanya pucat klien mengatakan matanya sedikit rabun. Klien mengatakan sulit melihat huruf yang kecil dan klien memerlukan alat bantu penglihatan berupa kacamata. Tidak ditemukan adanya tanda-tanda radang pada mata.

b) Sistem pendengaran

Telinga simetris, tidak ditemukan tanda-tanda radang, sedikit kotor pada telinga. Tidak ditemukan adanya kelebihan cairan pada telinga. Pendengaran normal dan klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

c) Sistem wicara

Saat dilakukan pengkajian klien dapat berbicara dengan normal. Klien tidak memiliki gangguan atau kesulitan berbicara.

d) Sistem pernapasan

Klien mengatakan sesak. Terdengar bunyi ronki yang berasal dari kelebihan sekret di saluran napas, klien mengatakan sesak dan batuk, sesak semakin terasa setelah klien melakukan aktivitas berat. Klien mengatakan batuk berdahak yang dirasakan hilang timbul, irama napas klien tidak teratur dengan frekuensi napas 30 x/menit.

Tampak ditemukan adanya penggunaan otot bantu pernapasan. Terdengar bunyi ronki selama proses pernapasan. Klien dipasang oksigen 3 liter permenit. SpO₂: 97%

e) Sistem kardiovaskuler

Nadi 90x/menit, irama teratur, temperatur kulit dingin, tidak ditemukan adanya distensi vena jugularis, wajahnya pucat dengan CRT >3 detik dan tidak tampak adanya edema, irama jantung reguler lup dup, tidak ada bunyi jantung tambahan.

f) Sistem neurologi

Glaslow Coma Scale (GCS) : E4 M6 V5 dan kekuatan otot

4444	4444
3333	3333

Saat dilakukan pemeriksaan klien dapat meraba, serta merasakan suhu dan getaran. Tidak ditemukan adanya tanda rangsang meningeal, tidak ada keluhan pemeriksaan sesorik. Tidak ditemukan adanya gangguan pada saraf kranial serta tidak ditemukan adanya peningkatan tekanan intrakranial.

g) Sistem pencernaan

Keadaan mulutnya bersih, klien tidak mengalami kesulitan menelan, membran mukosa lembap. Klien tidak muntah dan tidak merasakan nyeri pada abdomen. Tidak ditemukan adanya asites

dan pembesaran hati. Terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas pada abdomen. Klien tidak menggunakan colostomy.

h) Sistem imunologi

Saat pemeriksaan tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah bening.

i) Sistem endokrin

Napas klien tidak berbau keton, tidak ditemukan adanya luka pada klien, tidak ditemuka adanya pembesaran kelenjar tyroid. Klien tidak memiliki tanda-tanda peningkatan kadar gula darah berupa polidipsi, poliuri dan polifagi. GDS: 158 mg/dl.

j) Sistem urogenital

Pada saat pengkajian tidak ditemukan adanya distensi pada kandung kemih. Tidak ada nyeri tekan dan nyeri perkusi klien tidak menggunakan kateter, urine normal dan keadaan genitalia baik tidak ditemukan adanya masalah atau kelainan.

k) Sistem integumen

Keadaan rambut kuat berwarna hitam dan putih namun terasa lepek dan berminyak. Kuku rapi dan bersih kulit pucat, elastis dan bersih. Tidak ditemukan adanya tanda-tanda radang pada kulit. Tidak ditemukan adanya luka, dekubitus, pruritus dan tanda-tanda perdarahan.

l) Sistem muskuloskeletal

Klien merasa lemas. Tidak ditemukan adanya tanda-tanda fraktur dan kontraktur pada persendian. Tonus otot kuat tidak ditemukan adanya kelainan bentuk tulang dan otot. Klien tidak menggunakan alat bantu berjalan. Kekuatan otot:

4444	4444
3333	3333

i. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostik (13 november 2022) EKG : Takikardia

Swab Antigen : negatif

Pemeriksaan laboratorium (13 November 2022)

Tabel 3.1
 Hasil Laboratorium Tn.S di Ruang Paru
 RSD Meyjend H.M Ryacudu, Tanggal 14 November 2022

Nama	Hasil	Normal	Satuan
Leukosit	8,54	4 – 10	10 ³ / L
Limfosit	4,1	0,80 – 4	10 ³ / L
Eusinofil	0,24	0,02 -0,50	10 ³ / L
Basofil	0,08	0,00 -0,10	10 ³ / L
Neutrofil %	56,3	50 – 70	%
Limfosit %	25,6	20- 40	%
Monosit %	4,3	3 – 12	%
Eusinofil %	2,9	0,5 – 5	%
Basofil %	0,9	0 – 1	%
Eritrosit	5,15	3,50- 5,50	10 ³ / L
Hemoglobin	15,2	11 – 15	g/dL
Hematokrit	47,1	37 – 47	%
MCV	91,5	80 – 100	fL
MCH	29,4	27- 34	g/dL
MCHC	32,2	32 – 36	g/dL
Trombosit	196	150- 450	10 ³ / L
RDW-CV	13,3	11- 16	%
RDW-SD	30,9	35 – 56	fL
MPV	8,7	6,5 – 12	fL
PDW	16,5	9- 17	fL
PCT	0,127	0,108 - 0,282	%
GDS	158	100 – 200	Mg/Dl

j. Penatalaksanaan

Tabel 3.2
 Pengobatan yang diberikan pada Tn. S tanggal 14 November 2022

No	Nama Obat	Dosis
1	IV RL + aminopilin	300mg 20tpm
2	Injeksi ranitidine	2x 300mg
3	Injeksi Methyl Predisolone	2x2,5mg
4	Ambroxol	30mg
5	Salbutamol	2,5 mg
6	Nebu suprasma	2x pagi dan siang
7	Nebu flexiril	-
8	Injeksi mecobalamin	3x1

k. Resume Pasien

Klien mengeluh sesak napas sejak 2 hari yang lalu. Terdengar bunyi ronki Kesadaran compos mentis, Tekanan Darah 130/80 mmHg, Nadi 90 x/menit, Pernapasan 30 x/menit, Suhu 36,3°C dan SpO₂ : 99 % dengan riwayat penyakit asma dan dilakukan pemasangan oksigen 5 liter/menit.

l. Data fokus

Tabel 3.3
Data Fokus Hasil Pengkajian Tn.S Di Ruang Paru
RSD Meyjend H.M Ryacudu, Tanggal 14 November 2022

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1) Klien mengeluh sesak 2) Klien mengatakan sesak terus menerus 3) Batuk berdahak 4) Sputum berwarna putih sedikit kekuningan 5) Batuk hilang timbul 6) Mengeluh lemas 7) Sesak saat /setelah beraktivitas berat 8) Sulit tidur 9) Mengeluh tidak puas tidur 10) Mengeluh istirahat tidak cukup	1) Ronki 2) Tampak pucat 3) Membran mukosa kering 4) Gelisah 5) Aktifitas dibantu keluarga 6) TD : 130/80 mmhg 7) N : 90x/ menit 8) Suhu : 36,3 ° c 9) RR : 30x/ menit 10) SpO ₂ 97 dengan oksigen 3lpm nasal kanul 11) Mengeluh lelah 12) Tampak cemas 13) Pola tidur berkurang 14) Tampak berbaring di tempat tidur

m. Analisis data

Tabel 3.4
Analisa Data Hasil Pengkajian Tn.S Di Ruang Paru
RSD Meyjend H.M Ryacudu, Tanggal 14 November 2022

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	Ds : 1. Klien mengeluh sesak. 2. Klien mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas 3. Batuk hilang timbul 4. Mengeluh tidak puas tidur 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Do : 1. Gelisah 2. Batuk 3. Berkeringat dingin	Bersihan jalan napas tidak efektif	Hambatan upaya napas

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
	4. Ronki 5. TD 130/80 mmhg 6. N 90x/menit 7. RR 30x/menit 8. SpO ₂ 97 % dengan O ₂ 3 lpm nasal kanul 9. S 36,3 ^c		
2.	Ds: 1. Mengeluh tidak puas tidur 2. Mengeluh istirahat tidak cukup Do: 1. Pola tidur berubah 2. Pasien tampak lelah	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
3.	Ds : 1. Mengeluh sesak saat /setelah aktivitas kamar mandi 2. Mengeluh lemas Do : 1. Tampak berbaring di tempat tidur 2. Aktifitas dibantu keluarga 3. Tampak lemah 4. Tampak pucat	Intoleransi aktifitas	Kelemahan

B. Diagnosa Keperawatan

Adapun prioritas diagnosa keperawatan sebagai berikut.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan suara napas tambahan dibuktikan dengan klien mengeluh sesak. Klien mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas. Klien mengeluh lemah, sesak, Berkeringat dingin, TD : 130/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 30 x/menit, SpO₂: 97%, Suhu: 36,3 °C, Ronki, Terpasang oksigen 5 lpm.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan klien mengatakan sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup, pola tidur berubah, pasien tampak lelah.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan Ditandai dengan mengeluh sesak saat/setelah aktivitas kamar mandi, mengeluh lemas, tampak berbaring di tempat tidur, aktivitas dibantu keluarga, tampak lemah, tampak pucat.

C. Rencana Keperawatan

Table 3.5
Rencana Asuhan Keperawatan Tn.S Dengan Gangguan Oksigenasi di Ruang Paru
RSD Meyjend H.M Ryacudu Pada Tanggal 14-16 November 2022


No. Dx	Dx keperawatan	Tujuan (SIKI)	Intervensi (SLKI)
1	2	3	4
1	<p>D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Ditandai dengan : Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sesak. 2. Klien mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas. 3. Sesak terus menerus. 4. Batuk hilang timbul 5. Sering terbangun pada malam hari karena sesak 6. Mengeluh tidak puas tidur 7. Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Batuk 3. Berkeringat dingin 4. Ronki 5. TTV : TD : 130/80 mmhg Nadi : 90x/menit RR : 30x/menit 	<p>L.01001 Bersihan Jalan Napas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 	<p>I.01006 Latihan Batuk Efektif Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala saluran napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler atau fowler <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. 2. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali 3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektorat, jika perlu



No. Dx	Dx keperawatan	Tujuan (SIKI)	Intervensi (SLKI)
	SpO2 : 97 %dengan O ₂ 3 lpm nasal kanul Suhu : 36,3 °C		
2	D.0055 Gangguan Pola Tidur DS : 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Mengeluh tidak puas tidur 3. Mengeluh istirahat tidak cukup Do: 1. Pola tidur berubah 2. Pasien tampak lelah	L.05045 Pola Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	I.05174 Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola 2. aktivitas dan tidur 3. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Terapeutik 1. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menempati kebiasaan tidur
3	D.0058 Intoleransi Aktifitas Ditandai dengan : Ds : 1. Mengeluh sesak saat /setelah aktivitas kamar mandi 2. Mengeluh lemas Do : 1. Tampak berbaring di tempat tidur 2. Aktifitas dibantu keluarga 3. Tampak lemah 4. Tampak pucat	L.05047 Toleransi Aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sesak saat dan setelah beraktifitas menurun 2. Lemah menurun 3. Pucat menurun	I.05178 Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan-gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan Terapeutik 1. Atur posisi semi fowler 2. Fasilitasi duduk di tempat tidur Edukasi 1. Anjurkan melakukan aktivitas bertahap Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makanan

D. Catatan Perkembangan


Nama Klien : Tn.S
 Dx.Medis : Asma
 Ruangan : Paru
 No.MR : 166204



Tabel 3.6
 Catatan Perkembangan Tn.S Dengan Gangguan Oksigenasi di Ruang Paru
 RSD Meyjend H.M Ryacudu, Tanggal 14-16 November 2022

No	Tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	Paraf	Evaluasi (SOAP)
1	14 November 2022	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Pukul 10.00 1. Memperhatikan setiap tahap perubahan frekuensi dan kedalaman napas 2. Mencatat data kemampuan 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif kepada Tn.S 4. Mengajarrkan teknik nafas dalam ketika sedang rileks/beristirahat 5. Melakukan auskultasi pernapasan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat Ambroxol 3x1 tablet Salbutamol 3x2 mg Nebu suprasma 2x pagi dan siang Nebu flexiril	 Siti Merisa	Pukul 12.00 S: 1. klien mengatakan tampak sesak O: 1. Frekuensi nafas 30x/menit 2. Pola nafas cepat dan dangkal 3. Klien masih tampak sesak 4. Masih terdapat ronkhi A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi



No	Tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	Paraf	Evaluasi (SOAP)
			Injeksi mecobalamin 3x1		
2	14 November 2022	Gangguan pola tidur	<p>Pukul 11.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk membantu memantau pola aktivitas dan tidur klien 2. Menyediakan lingkungan aman nyaman di kamar klien 3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Tn.S 	 Siti Merisa	<p>Pukul 10:30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengeluh lelah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak sesak saat setelah melakukan beraktivitas 2. Klien enggan melakukan aktivitas <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjut intervensi</p>
3	14 November 2022	Intoleransi aktivitas	<p>Pukul 12.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau gangguan tubuh yang mengakibatkan nyeri 2. Memfasilitasi duduk di tempat tidur 3. Menganjurkan aktivitas secara bertahap 4. Kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makanan 	 Siti Merisa	<p>Pukul 13.00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengeluh sesak saat dan setelah beraktivitas 2. meneluh lemah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak berkeringat ditempat tidur 2. Aktifitas dibantu keluarga 3. Tampak lemah 4. Tampak pucat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>


Tabel 3.7
 Catatan Perkembangan Tn.S Dengan Gangguan Oksigenasi di Ruang Paru
 RSD Meyjend H.M Ryacudu, Tanggal 14-16 November 2022

No	Tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	Paraf	Evaluasi (SOAP)
1	15 November 2022	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Pukul 15.00 1. Memperhatikan setiap tahap perubahan frekuensi dan kedalaman nafas 2. Memantau kembali kemampuan batuk 3. Memberikan posisi semi fowler untuk meringankan sesakpada anak 4. Kolaborasi kembali pemberian terapi obat ijeksi	 Siti Merisa	Pukul 15.30 S: 1. Mengeluh sesak berkurang 2. Sesak hilang timbul O: 1. Batuk berkurang 2. Berkeringat dingin 3. Ronchi 4. SpO2 98 dengan O ₂ 2lpm A : Masalah teratasi Sebagian P : 1. lanjutkan intervensi 2. Monitor pola napas 3. Monitor frekuensi napas 4. Lanjutkan terapi oksigen 3 lpm 5. Lanjutkan terapi farmakologi 6. Anjurkan klien perbanyak minum air 7. Berikan relakasi napas dalam

No	Tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	Paraf	Evaluasi (SOAP)
2	15 November 2022	Gangguan pola tidur	<p>Pukul 17.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur (tidak larut malam) 2. Menyediakan kembali lingkungan (pencahayaan, kebisingan dan suhu) 3. Mengajarkan melakukan prosedur kenyamanan sebelum tidur seperti pijat dan pengaturan posisi 	 Siti Merisa	<p>Pukul 17.30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan pola tidur berubah cukup menurun 2. Keluhan sulit tidur cukup menurun 3. Keluhan sering terjaga cukup menurun 4. Keluhan tidak puas tidur cukup menurun <p>O: Klien tampak sudah cukup beristirahat</p> <p>A :Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>
3.	15 november 2022	Intoleransi aktifitas	<p>Pukul 19.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memfasilitasi duduk di atas tempat tidur 3. Mengajarkan istirahat dan tidur 	 Siti Merisa	<p>Pukul 19.30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesak saat /setelah beraktifitas berkurang 2. Lemas berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah bisa duduk di tempat tidur 2. Aktifitas dibantu keluarga berkurang. <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>

Tabel 3.8
 Catatan Perkembangan Tn.S Dengan Gangguan Oksigenasi di Ruang Paru
 RSD Meyjend H.M Ryacudu, Tanggal 14-16 November 2022

No	Tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	paraf	Evaluasi (SOAP)
1	16 November 2022	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Pukul : 14.00 1. Memperhatikan kembali perubahan frekuensi nafas 2. Monitor adanya tanda gejala hipoksia (gelisah) 3. Kolaborasi pemberian obat Ambroxol 3x1 tablet Salbutamol 3x2 mg Nebu suprasma 2x pagi dan siang Nebu flexiril Injeksi mecobalamin 3x1	 Siti Merisa	Pukul 16.00 S: 1. Klien Mengatakan sesak berkurang dan sudah tidak batuk O : 1. Batuk berkurang 2. Ronchi berkurang 3. SpO2 98 tanpa o2 4. Rr 24x/ menit A : masalah teratasi P : hentikan intervensi
2	16 November 2022	Gangguan pola tidur	Pukul 17.00 1. Menganjurkan kepada Tn.S untuk menepatikebiasaan waktu tidur (tidak larut malam) 2. Menyediakan kembali lingkungan (pencahayaan, kebisingandan suhu) 3. Menganjurkan Tn.S untuk melakukan prosedur kenyamanan sebelum tidur seperti pijat dan pengaturan posisi tidur	 Siti Merisa	Pukul 18.00 S : 1. Klien mengatakan sudah bisa tidur normal sesuai jam tidur 2. Klien mengatakan sudah tidak sulit lagi untuk tidur 3. Klien mengatakan sekarang tidurnya sudah pulas dan puas O : Klien tampak sudah cukup membaik A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi

No	Tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	paraf	Evaluasi (SOAP)
3	16 November 2022	Intoleransi aktifitas	Pukul 19.00 1. Pantau gangguan tubuh yanga mengakibatkan kelemahan 2. memfasilitasi duduk ditempat tidur 3. menganjurkan istirahat dan tidur	 Siti Merisa	Pukul 19.30 S : 1. Mengeluh saat /setelah beraktifitas berkurang 2. Lemah berkurang O : 1. lemah berkurang 2. pucat berkurang A : masalah teratasi P : hentikan intervensi